

0716289-1

ЯРУЛЛИН Марат Амурович

**ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА И ПУТИ
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ КРУПНОГО ГОРОДА
(комплексное социально-гигиеническое
исследование по материалам г. Казани)**

14.03.33 - Социальная гигиена и организация здравоохранения

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Казань- 2000 г.

Работа выполнена в Казанском государственном медицинском университете

Научный руководитель: Доктор медицинских наук
профессор В.Ю. Альбицкий

Официальные оппоненты – доктор медицинских наук
профессор Галиуллин А.Н.

– кандидат медицинских наук,
Зыятдинов В.Б.

Ведущая организация – Санкт-Петербургская государственная
медицинская академия им.Н.И.Мечникова

Защита состоится «__» _____ 2000 г. _____ час.
на заседании диссертационного Совета Д.084.29.01. в Казанском
государственном медицинском университете по адресу: 420012,
Татарстан, г.Казань, ул.Бутлерова, 49.

Автореферат разослан «__» _____ 2000 г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке КГМУ
(420012, г.Казань, ул.Бутлерова, 49б)

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
КФУ



0000947691

Ученый секретарь диссертационного
Совета, д.м.н. профессор

Ш.М.Вахитов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В литературе имеется ряд исследований посвященных изучению качества работы врачей отдельных специальностей (Петречук Л.Н., 1988, Moran D.W., 1988; Петров М.Н., 1989; Гаврилов В.А., 1992; Казакова Т.П., 1993; Файзуллина Е.В., 1995; Зимин В.П., 1996; Светличная Т.Г., 1996), а также общим проблемам оценки качества медицинской помощи (Царегородцев А.Д. и др., 1996; Галиуллин А.Н. и др., 1997; Линденбратен А.Л., 1997; Низамов И.Г. и др., 1997; Шестаков В.Т., 1997; Клименко Г.Я. с соавт., 1997). В то же время, по такой важной отрасли оказания медицинской помощи населению, как скорая и неотложная медицинская помощь можно найти единичные работы посвященные данной проблеме (Кучеренко В.З., 1989; Коржинский Л.А., Каликштейн Д.Б. и др., 1989; Аверьянов В.Т. и др., 1994; Комаров Ю.П., 1997; Каликштейн Д.Б. и др., 1994; Гринкевич Р.Г., Сидоров А.Н., 1995; Веневуев А.А., 1996; Преображенский В.С., Зотов Ю.И., Михневич Н.Н., 1997; Щепин О.П., 1999).

Судя по данным литературы, на сегодня, недостаточно разработаны критерии оценки качества работы врачей ССМП. Не изучены социально-гигиенические, медико-организационные факторы, влияющие на качество работы врачей станций скорой и неотложной медицинской помощи. Исходя из сказанного, комплекс вопросов связанных с оценкой качества работы врачей бригад скорой медицинской помощи является актуальной и требует дальнейшего изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка рекомендаций по совершенствованию системы управления качеством оказания скорой медицинской помощи на основании комплексного социально- гигиенического исследования деятельности врачей скорой и неотложной медицинской помощи.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить удовлетворенность населения качеством оказываемой скорой и неотложной помощью.
2. Дать характеристику условиям жизни и профессиональной деятельности врачей станций скорой и неотложной медицинской помощи.
3. Провести экспертную оценку качества работы врача скорой медицинской помощи.
4. Оценить степень влияния биологических, социальных и производственных факторов на качество работы врачей скорой медицинской помощи.
5. Разработать систему оценки качества деятельности врачей скорой медицинской помощи.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА РАБОТЫ. Впервые проведено комплексное социально-гигиеническое исследование факторов, формирующих качество работы врача станции скорой и неотложной медицинской помощи. Исследована удовлетворенность населения качеством оказываемой ему скорой медицинской помощи. Оценены условия жизни и профессиональной деятельности врачей, занятых в сфере оказания скорой помощи. Выявлена сила и определена иерархия влияния медико-биологических, социально-гигиенических и

производственных факторов на частоту возникновения врачебных ошибок, на качество работы врачебного персонала станций скорой и неотложной помощи. Обоснованы предложения по экспертной оценке качества работы бригад СС и НМП; оценена эффективность предложенных мероприятий.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Результаты изучения степени удовлетворенности населения качеством скорой и неотложной медицинской помощи, условий жизни и производственной деятельности врачей, занятых в этой сфере здравоохранения, легли в основу разработанной системы экспертной оценки качества и эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению крупного промышленного центра. Данная система позволяет постоянно и оперативно оценивать уровень качества работы врачей и учреждений СС и НМП.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

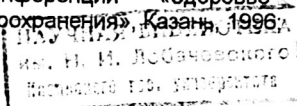
1. Система контроля и управления качеством оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению должна основываться на постоянно и оперативно проводимой экспертизе качества работы бригад СС и НМП по следующим критериям:
 - качество заполнения карты вызова скорой медицинской помощи и сопроводительного листа больного;
 - обоснованность доставки больного в стационар на консультацию, госпитализацию или оставления больного на месте;
 - жалобы населения;
 - претензии оперативного отделения СС и НМП на работу линейной бригады.
2. Комплексная оценка качества оказания скорой медицинской помощи с учетом удовлетворенности населения, уровня квалификации врачей СМП и экспертизы по выявлению дефектов оказания urgentной помощи позволяет своевременно получить информацию о недостатках, оперативно принимать меры по их устранению и тем самым повышать качество этого вида медицинской помощи.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Методические рекомендации «Комплексные система оценки работы врача скорой медицинской помощи», утвержденные Министерством здравоохранения Республики Татарстан, внедрены в практику станций скорой и медицинской помощи Республики.
2. Материалы исследования используются в организационно-методической работе с медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи г.Казани, Республики Татарстан, при подготовке и проведении экспертных советов, в учебном процессе на кафедрах социальной медицины и управлением здравоохранением КГМУ и КГМА.
3. По теме диссертации опубликованы 6 работ.

Материалы диссертации доложены и обсуждены:

1. На научной конференции, посвященной 50-летию основания кафедры госпитальной педиатрии КГМА «Актуальные проблемы педиатрии», Казань, 1996;
2. На научно-практической конференции «Здоровье населения и реформирование системы здравоохранения», Казань, 1996.



3. На научно-практической конференции, посвященной 75-летию кафедры социальной медицины и организации здравоохранения КГМУ «Медико-социальная профилактика социально значимых заболеваний – основы реформирования системы здравоохранения в России, Казань, 1998 г.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ:

Диссертационная работа состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложений, изложена на 137 страницах машинописного текста, содержит 28 рисунков, 20 таблиц, и 1 схемы. Список использованной литературы содержит 190 источника, в том числе 56 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Организация и методы исследования. Работа проводилась в течение 1994-1999 гг. на филиалах и центральной станции скорой медицинской помощи г. Казани в четыре этапа (табл.1).

Таблица 1.

Этапы, методы и объем исследований

№	Этапы исследования	Методы исследования	Объем исследований
1.	Изучение удовлетворенности исследования скорой и неотложной помощью.	1.Выборочное единовременное наблюдение. 2.Социально-гигиеническое ориентирование.	1235 человек сделавших вызов бригады СМП.
2.	Анализ влияния социально-гигиенических, медико-биологических, медико-организационных факторов на качество работы врачей бригад СМП	1.Выборочное единовременное наблюдение. 2.Социально-гигиеническое ориентирование.	225 врачей бригад СМП. 225 врачей бригад СМП.
3.	Разработка критериев и экспертная оценка качества работы врачей бригад СМП	1. Клинико-экспертная оценка ведения медицинской документации по этапам: А) полнота обследования больного; Б) постановки диагноза В) оказания неотложной помощи	1527 сопроводительных листов ф №114-у и карт вызова скорой медицинской помощи, 1527 карт экспертной оценки врачей бригады СМП
4.	Разработка системы комплексной экспертной оценки качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи, управления качеством и анализ эффективности экспертной системы.	Изучение информационных и методических материалов	

Для обработки материалов исследования использованы вычисления экстенсивных и интенсивных показателей, критериев t (Стьюдента), коэффициентов корреляции по Пирсону, а также многофакторный дисперсионный анализ.

Среди опрошенного населения об удовлетворенности скорой медицинской помощью преобладали женщины - 58,7 %, против 41,5 % мужчин. Из возрастных групп, как среди мужчин (35,0 %), так и женщин (39,1%), большинство составили лица в возрасте старше 60 лет. Как видно из рисунка 1, второе место по количеству лиц обратившихся за скорой медицинской помощью занимает возрастная группа 50-59 лет, третье - 40-49 лет, четвертое - до 19 лет, пятое - 30-39 лет, шестое - 20-29 лет.

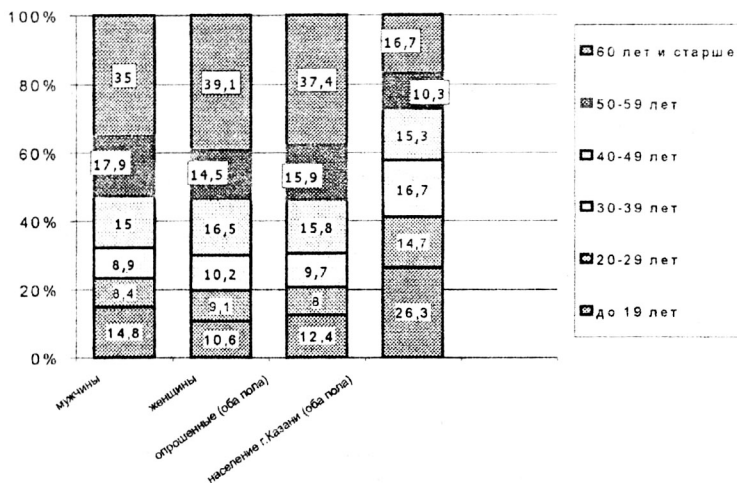


Рис. 1 Возрастно-половой состав опрошенных лиц об удовлетворенности качеством скорой медицинской помощи (в % к итогу)

Нами выявлено, что возрастной состав обратившихся за скорой медицинской помощью, следовательно, опрошенного населения резко отличается от такового всего населения г. Казани. Среди них в 2,2 раза больше лиц в возрасте 60 и старше, в 1,5 раза - 50-59 лет. Доля лиц 30-39 лет - в 1,7 раза, 20-29 лет - в 1,8 раза, до 19 лет - в 2,1 раза меньше среди обратившихся за скорой медицинской помощью, чем среди населения.

По отраслям народного хозяйства в структуре опрошенных, наиболее большую долю заняли занятые в транспорте и связи - 26,8 %, на втором месте оказались занятые в области образования и культуры - 16,2%, третьем - в машиностроении и металлообработке - 12,6 %. Доля не занятых в отраслях народного хозяйства составила менее 7 % (табл. 2).

При анализе ответов респондентов нами выделено три основные группы недовольств населения работой СМП: неудобства при вызове, долгое ожидание приезда и комплекс других причин неудовлетворенности населения.

Изучение частоты недостатков в работе СМП по мнению населения показало, что имеется определенная зависимость между уровнями показателей

неудовлетворенности и образования. Наиболее высокие уровни указанных трех недостатков отмечены у лиц со средним уровнем образования, низкие – у лиц с высшим образованием. Во всех группах по уровню образования, между показателями частоты недостатков между мужчинами и женщинами имеет место достоверная разность (от $P < 0,05$ до $P < 0,001$). Женщины, как правило, предъявляют больше претензий к работе, чем мужчины.

Таблица 2.

Частота недостатков в работе ССМП по мнению населения в зависимости от занятости в отрасли народного хозяйства (на 1000 опрошенных)

Отрасли народного хозяйства	Частота на 1000 опрошенных		
	Неудобства при вызове СМП	Ожидание бригады СМП более 30 мин.	Комплекс причин недовольства работой СМП
1. Химия и нефтехимия	1370,01±233,28	1481,48±214,29	2222,22±195,89
2. Машиностроение и металлообработка	1169,11±47,29	1286,76±42,32	1470,58±38,69
3. Легкая промышленность	1590,91±146,69	1931,81±131,28	2045,45±120,13
4. Строительство	1367,08±40,64	1392,40±36,37	1265,82±33,25
5. Транспорт и связь	1421,40±21,73	1521,73±19,45	1839,46±17,78
6. Здравоохранение	513,88±58,90	694,44±54,30	833,33±43,95
7. Образование и культура	605,71±36,95	742,85±33,07	800,00±30,23
8. Сфера обслуживания	2414,63±157,4	4390,24±140,87	4878,00±128,77
9. Частный бизнес	1370,96±103,46	1258,06±92,59	806,45±84,64
10. Прочие	1264,7±92,37	1132,35±82,67	500,00±75,57
Итого:	1219,96±10,62	1377,07±11,12	1463,95±11,58

Как видно из рис.3.6, 42,1±1,5 опрошенных из 100, отмечают, что вызов бригады СМП затрудняется по причине неисправности телефонов –автоматов, 21,9±0,9 из-за отсутствия телефона, 17,4±1,1 из-за дальности расстояния до телефонов, 15,0±1,0 раздражает грубость диспетчеров ССМП при приеме вызовов, 3,6±0,5 – трудно дозвониться по номеру 03 по разным причинам; постоянная занятость номера, помехи в системе связи и т.д. Поло-возрастных различий в ответах нами не выявлено.

О состоянии своего здоровья, т.е. о наличии тех или иных заболеваний у себя, женщины осведомлены лучше, чем мужчины. Об этом заявили 152,8± 0,04 женщин и 140,9±0,05 ($P < 0,001$).

В ходе анализа удалось выделить 10 групп заболеваний о наличии которых у себя знают опрошенные пациенты. Наиболее частым заболеванием является гипертоническая болезнь – у $25,6 \pm 1,3$ опрошенных из 100.



Рис.2 Структура ответов о неудобствах при вызове скорой медицинской помощи (в % к итогу)

На втором месте – астматические состояния – $20,1 \pm 1,2$, третьем – ишемическая болезнь – $18,5 \pm 1,2$, четвертом – заболевания желудочно-кишечного тракта – $17,0 \pm 1,1$, пятом – перенесенные травмы – $14,3 \pm 1,0$. Остальные места заняли инвалидность второй и третьей групп, нарушения ритма и проводимости, вегето-сосудистая дистония и неспецифические заболевания легких. Достоверное различие показателей частоты заболеваний между мужчинами и женщинами выявлено только по перенесенным травмам, которых больше у мужчин $19,9 \pm 1,9$, чем у женщин $10,5 \pm 1,1$ ($P < 0,05$). По большинству заболеваний во всех возрастных группах опрошенных об осведомленности наличия у них заболеваний половые различия отсутствуют. Они выявлены только с преобладанием у женщин по гипертонической болезни в возрастной группе 40-49 лет (у мужчин $27,6 \pm 4,9$, женщин $42,0 \pm 4,5$, $P < 0,05$), по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (соответственно $17,4 \pm 3,9$ и $36,1 \pm 4,6$, $P < 0,01$), по астматическим состояниям в той же возрастной группе ($17,4 \pm 3,9$ и $33,3 \pm 4,5$, $P < 0,01$).

Наиболее частой причиной недовольства является отсутствие и недостаток медикаментов у бригады СМП. Частота этой причины у мужчин составляет $39,4 \pm 2,3$, женщин- $47,8 \pm 1,9$ ($P < 0,05$). Причины преобладания такого недовольства над другими общеизвестны; недостаток финансирования, плохая оснащенность и другие. На втором месте среди причин недовольства населения находится грубость работников бригады СМП, частота которого составляет $32,0 \pm 1,4$, на третьем месте - трудности с госпитализацией – $19,1 \pm 1,2$, на четвертом и пятом – неряшливый вид врачей, членов бригады и долгое

ожидание приезда бригады СМП – соответственно $12,4 \pm 0,9$ и $12,5 \pm 0,9$. Пациенты еще указывают на такие причины недовольства работой ССМП, как невнимательность врачей к больным – $7,4 \pm 0,7$ и отсутствие эффекта от оказанной медицинской помощи – $11,6 \pm 0,8$. Необходимо отметить, что почти по всем причинам частота недовольства у женщин достоверно выше, чем у мужчин (табл.3). Единодушными они оказались только по причине отсутствия эффекта от оказанной скорой медицинской помощи, что подтверждает статистическая несущественность различных показателей.

Таблица 3.

Частота причин недовольства качеством оказания скорой медицинской помощи опрошенных мужчин и женщин г.Казани (на 100 опрошенных)

Причины недовольства	Мужчины	Женщины	Оба пола	P<1-2
1. Приходится долго ждать приезда бригады СМП	$9,5 \pm 1,4$	$14,8 \pm 1,4$	$12,5 \pm 0,9$	0,05
2. Невнимательность врачей	$5,3 \pm 1,0$	$8,9 \pm 1,1$	$7,4 \pm 0,7$	0,05
3. Грубость врачей	$25,6 \pm 2,0$	$36,7 \pm 1,9$	$32,0 \pm 1,4$	0,01
4. Неряшливый вид	$8,2 \pm 1,3$	$15,3 \pm 1,4$	$12,4 \pm 0,9$	0,01
5. Отсутствие медикаментов	$39,4 \pm 2,3$	$47,8 \pm 1,9$	$44,3 \pm 1,5$	0,05
6. Трудности с госпитализацией в стационар	$14,5 \pm 1,7$	$22,3 \pm 1,6$	$19,1 \pm 1,2$	0,01
7. Отсутствие эффекта от оказанной помощи.	$16,9 \pm 1,8$	$19,6 \pm 1,5$	$11,6 \pm 0,8$	-
	$118,9 \pm 0,05$	$164,9 \pm 0,05$	$146,4 \pm 0,03$	0,001

Изучение контингента врачей СМП показало, что среди врачей доля женщин составляет 64,7 %, мужчин – 35,3 %. Среди мужчин большинство составили лица в возрасте 20-39 лет – 76,6 %, женщин – в возрасте 30-49 лет – 78,2 %.

Состояли в браке 68,1 % мужчин и 64,1 % женщин. Частота в браке с возрастом увеличивалась, достигая 85,7 на 100 изученных среди лиц в возрасте старше 50 лет.

Количество врачей, которые расторгли брак составляет $6,7 \pm 1,9$, больше среди женщин- $10,4 \pm 2,8$, чем мужчин- $3,6 \pm 2,1$ ($P < 0,005$).

У каждого десятого врача (11,9%) в семье имелись недееспособные члены, в том числе у 1,2% дети-инвалиды, у 5,9%- престарелые родители, у 4,9%- другие члены семьи, мужа, мамы, дяди и тети.

Имели детей $85,9 \pm 2,6$, не имели $14,2 \pm 2,6$ врачей СМП из 100 изученных. Среди имевших - у 32,9% был один ребенок, у 35,3% - двое, трех и более детей имели только 3,5% врачей. Среднее количество детей на одного врача составило $0,8 \pm 0,06$ детей.

Характеризуя свое материальное положение, более половины (55,3%) врачей отметили, что подушевой доход семьи ниже прожиточного минимума и только у 5,9% - выше прожиточного минимума.

Причины ухудшения материального положения общеизвестны, инфляция, задержка выплаты заработной платы, а также обстоятельства характерные для России всех времен – при общественных катаклизмах в первую очередь материально и морально ущемляются интересы интеллигенции, врачей,

учителей, ученых. Незначительно ухудшилось материальная обеспеченность у $10,0 \pm 2,3\%$ врачей, осталось без изменений – у $8,8 \pm 2,1\%$, несколько повысился у $1,2 \pm 0,8\%$. В число последних вошли те врачи, супруги которых занимаются частным бизнесом.

Семейный бюджет врачей СМП в основном расходуется на питание. Об этом заявили $93,5 \pm 1,9$ из 100 опрошенных врачей. Мнение об этом мужчин и женщин различаются, соответственно $83,3 \pm 4,8$ и $99,0 \pm 0,9$ ($P < 0,01$).

Для повышения уровня семейного дохода, большинство $70,5 \pm 3,5$ врачей из 100, вынуждены работать на 1,5 ставки, что представляет определенные трудности в связи с политикой сокращения штатов проводимых властными структурами. У $24,1 \pm 3,2$ врачей супруги также работают на 1,5 ставки. Каждый седьмой врач ССМП совмещает свою работу с работой в другом учреждении, в основном медицинского профиля.

Жилищно-бытовыми условиями довольны $75,3 \pm 3,3$ врачей проживающих в отдельных квартирах. Женщины более удовлетворены условиями жилья – $87,3 \pm 3,1$, чем мужчины – $53,3 \pm 6,4$ ($P < 0,001$). В коммунальных квартирах, общежитиях, по найму проживает $15,2 \pm 2,7\%$ врачей, в основном молодого – до 30 летнего возраста. В благоустроенных квартирах проживает $77,6 \pm 3,1\%$ врачей, с частичными удобствами $16,4 \pm 2,3\%$, без удобств – $4,7 \pm 1,6\%$ врачей СМП. Более одной трети врачей ($36,9 \pm 3,7\%$) проживает на площади до 6 кв.м., $40,5 \pm 3,7\%$ – до 9 кв.м., и $15,3 \pm 2,7\%$ – до 12 кв.м., $4,7 \pm 1,6\%$ – на площади более 13 кв.м. отдельно со своей семьей проживает около половины врачей – $45,9 \pm 3,8\%$, совместно с родителями – $31,7 \pm 3,5\%$, с детьми, внуками, другими родственниками – $22,4 \pm 3,1\%$.

О том, что они имеют дома условия для творческой работы заявили $26,4 \pm 1,0\%$ врачей, в основном лица в возрасте старше 40 лет. Не имеют таких условий – $73,6 \pm 3,3\%$ врачей, преимущественно в возрасте до 29 лет.

Изучение характера питания врачей СМП показало, что половина врачей питается регулярно, вторая половина врачей нерегулярно. Известно, что условия труда врачей СМП показало, что условия труда врачей СМП не способствует регулярному питанию. Беспорядочно чаще питались молодые врачи – $62,5 \pm 3,7\%$, чем среднего – $41,0 \pm 4,4\%$ и старшего – $39,2 \pm 3,8$ возрастов. Вынуждены отдавать наибольшее предпочтение мучной пищи $42,3 \pm 4,5\%$ врачей, мясной – $10,6 \pm 2,3\%$, овощно-фруктовой только – $7,8 \pm 2,0\%$. Мучное питание больше врачи старшей возрастной категории.

Среди множества факторов определяющих социально-гигиеническую характеристику семьи, важное место принадлежит организации досуга семьи, т.е. фактора призванного на восстановление трудоспособности. Изучение этого вопроса выявило интересные данные. В современных социально-экономических условиях основными видами досуга врачей являются: домашние дела, частота которых составляет $670,5 \pm 36,0$ на 1000 опрошенных, работа на даче и огороде – $588,2 \pm 37,7$, чтение газет и журналов – $482,3 \pm 38,3$ и просмотр телепередач – $429,4 \pm 37,3$. Совершенно отсутствуют такие виды отдыха, как посещение кино, театра, очень низкий показатель использования таких видов крайне необходимых для поддержания состояния здоровья и работоспособности отдых в санаториях и на курортах – всего $23,5 \pm 11,5$ на 1000 опрошенных.

Чаще за медицинской помощью при заболевании обращаются женщины $100,7 \pm 20,6$ и только $33,3 \pm 23,0$ мужчин врачей из 1000 опрошенных ($P < 0,05$). Самолечением также чаще занимаются врачи женщины – $245,4 \pm 41,0$, чем мужчины – $133,3 \pm 43,8$ ($P < 0,05$).

Поскольку самолечением не могут заниматься дети в семьях врачей, то показатель равный $102,9 \pm 26,0$, следует понимать так, что такое количество детей из 1000 опрошенных лечат дома врачи родители не обращаясь в медицинские учреждения.

Достоверно чаще обращаются за медицинской помощью женщины врачи, чем мужчины, для получения листка временной нетрудоспособности $163,6 \pm 35,2$ против $50,0 \pm 28,1$ ($P < 0,05$), при тяжелом заболевании – $154,5 \pm 34,4$ против $66,6 \pm 30,0$ ($P < 0,05$), при резком ухудшении состояния здоровья – $536,3 \pm 47,5$ против $233,3 \pm 54,5$ ($P < 0,001$).

Характер взаимоотношений в семье во многом определяют эмоциональное состояние, здоровье и работоспособность человека. Благоприятный психологический климат по ответам врачей имел место в $35,9 \pm 3,6\%$, удовлетворительный в $47,0 \pm 3,8\%$, плохой – в $17,1 \pm 2,8\%$ семей врачей. В более половине семей ($53,3 \pm 3,8\%$) конфликтные ситуации возникали редко, в $46,7 \pm 3,8\%$ часто.

Основными причинами конфликтов в семьях врачей СМП оказались; финансовые проблемы – $329,4 \pm 36,0$, вопросы организации домашних дел – $211,7 \pm 31,3$, злоупотребление алкоголем мужа – $105,9 \pm 23,6$ на 1000 опрошенных. Довольно значительна частота конфликтов по вопросам воспитания детей – $94,1 \pm 22,3$ и проблемам взаимопонимания с родителями одного из супругов – $82,3 \pm 21,0$.

Интересные результаты получили при изучении распространенности вредных привычек в семьях врачей СМП. Частота их составила $605,9 \pm 37,4$ на 1000 опрошенных. Наиболее распространенной вредной привычкой является курение – $323,5 \pm 35,8$. Врачи женщины имеют такую привычку на уровне мужчин, соответственно – $336,3 \pm 45,0$ и $300,0 \pm 59,1$.

Второе место среди вредных привычек принадлежит частому употреблению алкоголя мужем – $152,9 \pm 27,6$. Наиболее часто на причину указывают женщины в возрасте 30-39 лет – $346,1 \pm 65,9$. Злоупотребляют алкоголем мужа у $36,3 \pm 17,0$ из 1000 женщин. На курение детей жаловались $35,3 \pm 14,0$ опрошенных.

Качество работы врача любой специальности, в значительной степени зависит от объема его знаний, условий подготовки его как врача, совершенствования в процессе трудовой деятельности.

Изучение процесса становления врача скорой медицинской помощи как специалиста выявила ряд особенностей.

Поступили в медицинский ВУЗ, непосредственно после окончания средней школы $51,7 \pm 3,8\%$, после медицинского училища – $27,0 \pm 3,4\%$. У $21,1 \pm 3,1\%$ был перерыв в несколько лет до поступления в институт. Такой перерыв имел место в основном у врачей в возрасте 30-39 лет – у $38,1 \pm 5,7\%$.

Основная масса – $69,4 \pm 3,5\%$ врачей в ВУЗе учились ровно, хорошо, $18,2 \pm 2,9\%$ на отлично, а $12,3 \pm 2,4\%$ отметили, что учеба им давалась с трудом.

На вопрос, что способствовало выбору профессии врача скорой помощи менее половины мужчин и женщин ($43,5\%$ и $46,8\%$) ответили, что данную работу они считают интересной, романтической. Значительная часть – $21,0\%$ мужчин $23,6\%$ женщин устроились на работу в ССМП вынужденно, по разным причинам не имея возможности трудоустроиться в поликлинике, стационаре, в других медицинских учреждениях. Случайно, как они отмечают «попали» на работу в ССМП – $19,0\%$ врачей мужчин и $20,0\%$ женщин. Хорошо знакомы с работой бригад СМП, работали еще санитарями и фельдшерами во время учебы в

институте и поэтому решили работать на ССМП 10,0% врачей мужчин и 4,0% женщин.

Нами проведено изучение влияния различных неблагоприятных факторов указанных врачами при их опросе на качество работы. Трудности мешающие работе врачей СМП были разделены на 4 группы: личного характера, общего характера, особенности поведения больных, их родственников и на медико-организационные.

Таблица 4.

Частота трудностей испытываемых врачами СМП в процессе трудовой деятельности (на 1000 опрошенных)

	Трудности	Мужчины	Женщины	Оба пола
1.	Личного характера	1118,3±43,4	1409,0±35,7	1329,4±27,9
2.	Общего характера	2333,3±62,2	2545,4±48,1	2470,5±38,1
3.	Особенности поведения больных	1033,3±41,1	1290,9±34,2	1200,0±26,5
4.	Медико-организационные	1633,3±52,2	1955,0±42,1	1841,1±32,9
Достоверность различий P<	1-2	0,001	0,001	0,001
	1-3	--	--	0,01
	1-4	0,001	0,001	0,001
	2-3	0,001	0,001	0,001
	2-4	0,001	0,001	0,001
	3-4	0,001	0,001	0,001

Из таблицы 4 видно, что наибольшие трудности врачи скорой медицинской помощи испытывают общего характера. Между частотой этих трудностей и других изученных нами, имеется в степени ($P<0,001$) достоверное различие. Какие же трудности общего характера испытывают врачи СМП в процессе своей трудовой деятельности. Структура этих трудностей представлена в рис. 3.

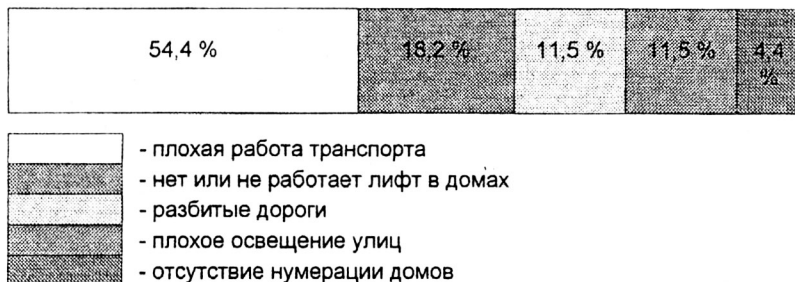


Рис. 3 Структура трудностей испытываемых врачами СМП общего характера (в % к итогу)

Как видно из рисунка, наибольшие трудности испытываемые врачами плохая работа транспорта ССМП, неисправность, частые поломки, отсутствие или недостаток горючего и т.д., доля которых составляет 54,4 %, на втором месте – отсутствие или не рабочее состояние лифтов во многих домах города –

18,2 %, доли трудностей плохих дорог и плохого освещения улиц одинаковое – по 11,5 %, отсутствие нумерации домов составляет 4,4 % трудностей.

Как видно из рисунка 4, главной трудностью личного характера врачи СМП, как мужчины, так и женщины считают низкий уровень заработной платы, соответственно 60,5% и 51,6%. На плохое состояние здоровья указали 18,1% врачей, в том числе 14,0% мужчин и 20% женщин. Примерно одинаковое количество женщин (12,2%) и мужчин (12,6%) испытывали трудности в виде плохих жилищных условий, а 11,6% и 9,8% - отсутствия жилья. Семейные неурядицы мешали хорошо трудиться 3,1% мужчин, 4,6% женщин врачей СМП.

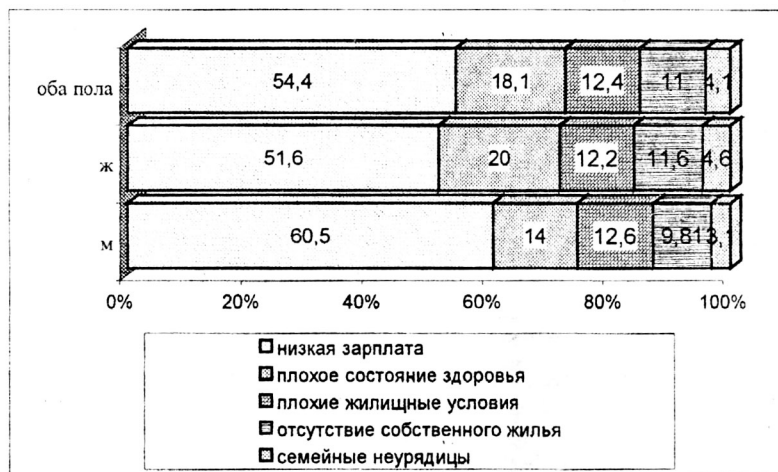


Рис.4. Структура трудностей личного характера испытываемых врачами СМП (в % к итогу)

Частота медико-организационных трудностей составила $1841,1 \pm 32,9$ на 1000 опрошенных врачей. Эту причину чаще отмечали женщины - $1455 \pm 42,1$, чем мужчины - $1633,3 \pm 52,2$ ($P < 0,001$). Структура трудностей представлена в таблице 5.

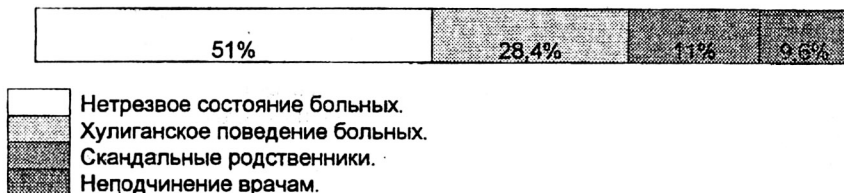
Как видно из таблицы 5, что больше всего трудностей врачи скорой медицинской помощи испытывают из-за недостатка медикаментов и вспомогательной аппаратуры. Неприятным, но имеющем место, является большая доля одинаково отмечаемая врачами скорой медицинской помощи обоего пола, грубость врачей приемных отделений и покоев стационаров – 15,0%. С последним, видимо также связана трудность с госпитализацией больных – 12,1%. Женщины более самокритичны, чем мужчины в оценке своей квалификации. Только они указали в качестве причин оказывающих влияние на качество работы такие трудности, как, недостаточность знаний, практического опыта и давнего срока прохождения усовершенствования.

Таблица 5.

**Структура трудностей медико-организационного характера
(в % к итогу)**

№	Наименование трудностей	Среди мужчин	Среди женщин	Оба пола
1.	Недостаток медикаментов	44,9	44,1	44,4
2.	Отсутствие или недостаток вспомогательной техники	18,3	21,4	20,4
3.	Отсутствие унифицированной медицинской документации	2,0	2,8	2,5
4.	Трудности с госпитализацией больных	20,4	8,4	12,1
5.	Грубость врачей приемных отделений больниц	14,4	15,3	15,0
6.	Недостаточность знаний	--	3,2	2,2
7.	Недостаток практического опыта	--	1,8	1,3
8.	Давний срок усовершенствования	--	3,0	2,1
	Итого	100,0	100,0	100,0

Как известно, врачу скорой медицинской помощи приходится в процессе своей трудовой деятельности сталкиваться с различными непредвиденными обстоятельствами, которые невозможно прогнозировать, предусмотреть, подготовиться к ним. Однако, есть трудности такого характера, которые не зависят от врача, членов линейной бригады. Мы в данном случае имеем в виду особенности поведения пациентов скорой медицинской помощи, которые создают повседневно значительное количество стрессовых ситуаций у медицинского персонала. По ответам врачей линейных бригад, частота этой группы трудностей составляет $1200,0 \pm 26,5$ на 1000 опрошенных. В структуре особенностей поведения больных главное место занимает нетрезвое состояние пациентов – 51,0%. Кроме этого, досаждают врачам хулиганское поведение 28,4% больных. В 11% случаев конфликтную ситуацию создают родственники больного. Почти каждый десятый больной (9,6%) по разным причинам не хочет выполнять предписания врача по госпитализации, приема лекарств и процедур и т.д. (рис.5).



**Рис. 5 Структура особенностей поведения пациентов бригад СМП
(в % к итогу)**

Анализ ошибок допускаемых врачами при оказании помощи больным остается одной из актуальных проблем в медицине и здравоохранении, несмотря на огромные возможности расширения объема врачебного обследования, успехи медицинской науки.

По данным нашего социологического исследования выявлено, что ошибки в своей работе допускают около 70, 0 %, не допускают – 30 % врачей.

Ошибки допускаемые врачами мы подразделяли на мелкие недочеты и крупные.

Таблица 6.

Частота мелких недочетов при диагностике заболеваний и состояний кардиопульмональной системы у врачей СМП в зависимости от пола (на 1000 опрошенных)

№	Нозологические единицы	Мужчины	Женщины	Оба пола
1.	Инфаркт миокарда	133,3 \pm 43,8	127,3 \pm 31,7	129,4 \pm 25,7
2.	Ишемическая болезнь	66,6 \pm 32,2	81,8 \pm 26,1	76,4 \pm 20,3
3.	Нарушения ритма и проводимости	100,0 \pm 38,7	172,7 \pm 36,0	147,0 \pm 27,1
4.	Гипертоническая болезнь	33,3 \pm 23,0	72,7 \pm 24,8	58,8 \pm 18,0
5.	Гипертонический криз	100,0 \pm 38,7	254,5 \pm 41,5	200,0 \pm 30,0
6.	Отек легких при хронической недостаточности кардиопульмональной системы	33,3 \pm 23,0	90,9 \pm 27,4	70,5 \pm 19,5
	Итого	466,6 \pm 64,4	800,0 \pm 38,1	682,3 \pm 35,7

При диагностике, частота мелких недочетов у врачей СМП составила 1729,4 \pm 28,5, у женщин чаще-2145,4 \pm 42,8, чем у мужчин – 966,6 \pm 23,4 ($P<0,001$) на 1000 опрошенных.

Частота крупных ошибок составила 41,1 \pm 15,2 в основном у женщин врачей – 53,6 \pm 21,5. Мужчины врачи оказались более уверенными в своих знаниях и в совершении крупных ошибок в диагностике не признались.

Нами установлено, что заболевания при диагностике которых врачи СМП допускают ошибки можно свести в три основные группы; кардиореспираторной системы, травмы, отравления.

Частота мелких недочетов при диагностике заболеваний и состояний первой группы составили 682,3 \pm 35,7 на 1000 врачей (табл.6).

По второй группе наибольшее количество ошибок врачи совершают при диагностике сочетанных травм – 152,9 \pm 27,6, электротравм – 117,6 \pm 24,6, черепно-мозговых травм – 111,7 \pm 24,2, ранений полостей и внутренних органов 105,9 \pm 23,6 на 1000 опрошенных.

Третьей группой состояний требующих скорую медицинскую помощь мы взяли группу отравлений. Частота ошибок при отравлениях составила 247,0 \pm 33,0, чаще у женщин – 290,9 \pm 43,0, чем у мужчин – 166,6 \pm 48,0 ($P<0,05$).

Чаще допускают врачи СМП ошибки при диагностике отравлений алкоголем (82,3 \pm 21,0) и медикаментами (64,7 \pm 18,9). Несколько меньше, при

диагностике отравлений фосфорорганическими веществами и прочих отравлениях, однако, необходимо заметить, что не имеется достоверных различий между частотами ошибок при различных видах отравлений.

В отличие от других медицинских учреждений (поликлиник, стационаров, диспансеров и т.д.) диагностический процесс при оказании скорой медицинской помощи имеет ряд особенностей; необходимость быстрой, в течение считанных минут, а то и секунд оценки тяжести заболевания, травмы, отравления, отсутствие возможности использования медицинской диагностической аппаратуры и т.д.

Полнота сбора анамнеза имеет большое значение для правильной постановки диагноза. Однако, в условиях работы врача бригады СМП, когда врач располагает в подавляющем большинстве случаев несколькими минутами или больной (пострадавший) находится в таком состоянии, что тщательный сбор анамнеза невозможен. На наш взгляд, здесь более уместна оценка действий врача по двум критериям: 1) установкой времени появления первых признаков заболевания, отравления и т.д. и регистрация в медицинских документах, 2) оценкой полноты обследования больного.

По результатам анализа экспертной оценки деятельности врачей СМП нами установлено, что в медицинских документах время появления первых признаков состояния являются причиной вызова бригады СМП регистрируется в $451,1 \pm 12,8$ случаях из 1000. Этого конечно недостаточно, данный показатель должен по уровню близким к 1000.

Поскольку скорая медицинская помощь призвана оказывать действительную скорую помощь, является естественным при оценке качества работы врача СМП, определение степени полноты обследования локального статуса, т.е. того состояния или той морфофункциональной системы организма где произошел «сбой» или нарушение морфологии и функции.

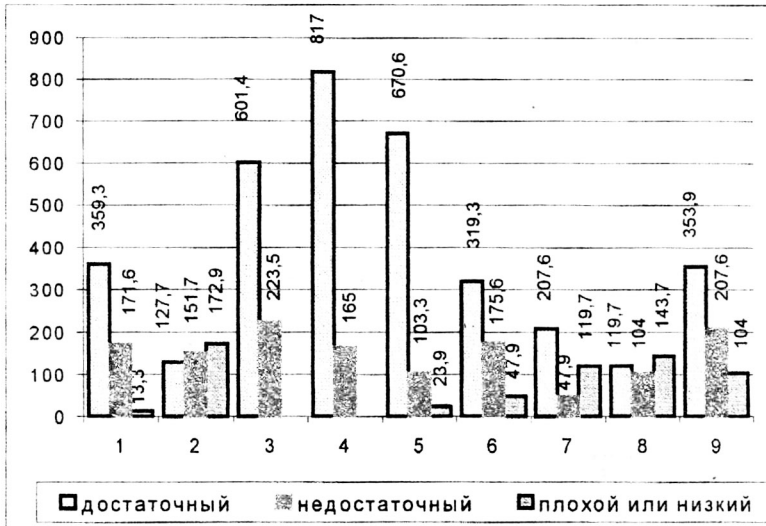
Так, по мнению экспертов, на достаточном уровне обследован врачами СМП локальный статус $353,9 \pm 12,3$, недостаточном – $207,6 \pm 10,4$, на низком, плохом – $104,0 \pm 7,8$ из 1000 больных.

Анализ уровня или полноты обследования пациентов врачами СМП основных органов и систем показывает, что полнота обследования достаточна высока тех органов и систем, экстренная патология которых представляет наибольшую угрозу для жизни больных. Такими являются заболевания сердечно-сосудистой системы, органов полости живота, органов дыхания, где показатели достаточного уровня обследования составляют соответственно – $817,0 \pm 9,9$, $670,6 \pm 12,1$, $601,4 \pm 12,6$ на каждые 1000 больных; недостаточного уровня – $165, \pm 9,5$, $103,8 \pm 7,8$, $223,5 \pm 10,7$. Плохой или низкий уровень обследования сердечно-сосудистой системы и органов дыхания не установлен, по органам полости живота выявлен в незначительном количестве случаев – $23,9 \pm 3,3$ из 1000 (рис.6).

По нашим данным основными недостатками диагностического процесса при оказании скорой медицинской помощи являются:

- недостаточная регистрация в медицинских документах времени возникновения первых признаков заболевания, отравлений, травм ($451,1 \pm 12,8$);
- недостаточный уровень обследования органов дыхания ($223,5 \pm 10,7$), локального статуса ($207,6 \pm 10,4$), неврологического статуса ($175,6 \pm 9,5$);
- низкий или плохой уровень оценки ЭКГ ($119,7 \pm 8,4$), динамики ЭКГ ($143,7 \pm 9,1$);

- регистрация в медицинских документах диагнозов в сокращенном виде ($774,4 \pm 10,7$) и под вопросом ($151,7 \pm 9,20$);
- достаточно высокий уровень повторных вызовов ($138,9 \pm 8,9$).



1- наружного осмотра, 2- зева, миндалин, 3- органов дыхания, 4- сердечно-сосудистой системы, 5-живота, 6- неврологического статуса, 7- электрокардиограммы, 8- динамики электрокардиограммы, 9- локального статуса

Рис.6 Частота разных уровней обследования больных врачами СМП основных органов и систем

Положительными результатами деятельности врачей СМП в диагностике можно считать высокие показатели достаточного уровня обследования пациентов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, органов полости живота, т.е. тех, патология которых представляет наибольшую угрозу для жизни и состояния здоровья населения.

Основным критерием качества оказания медицинской помощи на наш взгляд является полнота объема медицинской помощи. По результатам нашего исследования в полном объеме лечебную помощь получают $518,9 \pm 12,9$ пациентов СМП, частичную – $298,0 \pm 11,8$, не получают – $85,1 \pm 7,2$ из 1000. Основной причиной неполного объема и не получения лечебной помощи является недостаток и отсутствие необходимых медикаментов, а также низкая оснащенность бригад СМП вспомогательной аппаратурой. Указанные обстоятельства, а также ряд других моментов (тяжесть заболевания, поздно оказанная помощь и т.д.) способствуют возникновению у пациентов осложнений с частотой $187,6 \pm 10,0$ случаях из 1000.

Осложнения, возникшие у пациентов СМП, мы разделили на 2 категории – 1-я возникшие и развившиеся по вине врача, 2- я осложнения не связанные с ошибками и деятельностью врача СМП. Уровень показателя второй категории

достоверно выше – $187,6 \pm 10,0$, чем первой – $33,9 \pm 4,6$ ($P < 0,001$). По вине врачей возникали 3 вида осложнений у пациентов СМП – кома ($8,6 \pm 2,3$), сердечная астма ($13,3 \pm 2,9$), шок ($9,3 \pm 2,4$). Однако частота их достоверно ниже осложнений возникших вне связи с деятельностью врача СМП, соответственно – $16,6 \pm 3,3$ ($P < 0,001$), $13,3 \pm 2,9$ ($P < 0,05$), $9,3 \pm 2,4$ ($P < 0,05$).

Экспертная оценка мер предпринятых врачами СМП показало, что частота улучшения состояния больных составляет $792,8 \pm 22,2$ на 1000 осложнений, значительно выше частоты отсутствия эффекта от лечебных мероприятий – $207,2 \pm 22,2$ ($P < 0,001$).

Выраженность основных критериев качества оказания скорой лечебной помощи больным, пострадавшим, представлен в таблице 7.

Из таблицы 7 видно, что уровни показателей об обоснованности применения медикаментов ($897,3 \pm 7,8$) и соблюдении принципа индивидуального подхода к применению медикаментов при оказании помощи ($779,6 \pm 10,7$) достаточно высоки. Если учесть то обстоятельство, что сегодня, при недостатке и ограниченности выбора медикаментов, получение таких показателей является несомненной заслугой и косвенно отражает высокий уровень квалификации врачей СМП.

Таблица 7.

Уровни показателей критериев качества оказания скорой лечебной помощи (на 1000 обслуженных пациентов)

Критерии качества лечебной помощи	На 1000 $P \pm m$
Обоснованность применения медикаментов	$897,3 \pm 7,8$
Соблюдение принципа индивидуального подхода к применению медикаментов	$779,6 \pm 10,7$
Использование лечебной аппаратуры	$148,8 \pm 9,2$
Полнота объема медицинской помощи	$518,9 \pm 12,9$
Частота осложнений у пациентов	$221,5 \pm 10,7$
Повторный вызов вследствие неполного объема медицинской помощи	$115,6 \pm 8,2$

Обращает на себя внимание низкий показатель повторных вызовов вследствие неполного объема оказанной медицинской помощи – $115,5 \pm 8,2$ на 1000 пациентов. Между тем, существует определенная зависимость уровня этого показателя от других приведенных в таблице 6.

Между уровнем обоснованности применения медикаментов и частотой повторных вызовов имеет место средней тесноты и обратной направленности достоверная корреляционная зависимость – $Z_{xy} = -0,49 \pm 0,13$ ($P < 0,01$). Следовательно, чем выше уровень показателя обоснованного применения медикаментов при оказании скорой лечебной помощи, тем ниже частота повторных вызовов бригады СМП. Такой же направленности по разной степени тесноты существует корреляционная зависимость между уровнями соблюдения принципа индивидуального подхода к применению медикаментов ($Z_{xy} = -0,38 \pm 0,11$, $P < 0,01$), использования лечебной аппаратуры ($Z_{xy} = -0,30 \pm 0,07$, $P < 0,01$) и частотой повторных вызовов.

Нами выявлена сильной степени обратно пропорциональная корреляционная зависимость между полнотой объема оказанной скорой медицинской помощи и частотой повторных вызовов - $Z_{xy} = -0,78 \pm 0,23$ ($P < 0,001$), что вполне логично, чем лучше оказана лечебная помощь, тем быстрее улучшается состояние по вине врачей СМП. Мероприятия, проводимые по борьбе с осложнениями у $792,8 \pm 23,2$ больных являются эффективными, у $207,2 \pm 22,2$ – не дают положительных результатов; - между частотой повторных вызовов и показателями обоснованности применения медикаментов, индивидуального подхода к их применению, использования лечебной аппаратуры существует средней тесноты отрицательная ($Z_{xy} = -0,49 \pm 0,11$), полнотой объема медицинской помощи такого же направления сильной степени ($Z_{xy} = -0,78 \pm 0,22$), частотой осложнений сильной степени прямо пропорциональная корреляционная зависимость ($Z_{xy} = 0,91 \pm 0,26$).

Большое значение в оценке качества оказания скорой медицинской помощи населению, кроме экспертной оценки уровней качества диагностики и лечебной помощи имеют вопросы организации работы линейных бригад и ССМП в целом.

Критерии оценки качества организации работы линейных бригад СМП мы разделили на три группы:

- 1) критерии качества тактических решений врача;
- 2) оперативно-регистрируемые недостатки;
- 3) основные производственные показатели.

Первая группа содержит критерии качества тактических решений врача по дальнейшей судьбе больного (пострадавшего), после оказания скорой медицинской помощи. Сюда вошли показатели: частота обоснованности решения оставить больного на месте (дома, на улице, на месте оказания помощи); частота обоснованности доставки больного (пострадавшего) в стационар; частота правильности применения способа транспортировки больных; частота повторных вызовов как тактическая ошибка врача.

Таблица 8.

**Уровни показателей характеризующих обоснованность тактических
решений врача линейной бригады СМП
(на 1000 больных)**

Критерии	обоснованность		P<
	установлен	нет	
Обоснованность решения оставить больного на месте	343,3 \pm 12,2	74,5 \pm 6,7	0,001
Обоснованность доставки больного в стационар	375,2 \pm 12,4	15,9 \pm 3,2	0,001
Обоснованность правильности применения способа транспортировки больных	406,3 \pm 12,6	593,6 \pm 12,0	0,001
Повторные вызовы как тактическая ошибка врача	63,8 \pm 6,3	86,5 \pm 7,2	0,05

Как видно из таблицы 8, частоты обоснованных тактических решений врача СМП по оставлению больного на месте, доставка в стационар, правильному применению способом транспортировки в зависимости от тяжести состояния являвшегося причиной вызова бригады СМП достоверно выше с вероятностью ошибки $P < 0,001$, чем частота необоснованных решений. Как

тактическая ошибка врача экспертами признана $63,8 \pm 6,3$ повторных вызовов на 1000, в достоверном большинстве случаев – $86,5 \pm 7,2$ ($P < 0,05$), они обусловлены другими причинами независящими от врача СМП.

Вторая группа показателей состоит из оперативно регистрируемых недостатков в работе линейной бригады СМП; обоснованность претензий оперативного отдела ССНМП к работе врача и обоснованность жалоб населения. В число претензий оперативного отдела обычно входят следующее; недоезд бригады до больного, опоздания, недостатки допускаемые при транспортировке больного, недоставка больного (пострадавшего) в стационар и т.д.

Как правило, оперативный отдел ССНМП к работе линейных бригад предъявляет претензий больше – $147,9 \pm 9,2$, чем население – $119,7 \pm 8,4$ ($P < 0,05$).

В обеих группах претензий к работе линейных бригад СМП, частота необоснованных выше, чем обоснованных. Так, показатель частоты необоснованных претензий оперативного отдела ССНМП составляет $89,8 \pm 7,3$ против $59,9 \pm 6,1$ обоснованных ($P < 0,01$). Необоснованных жалоб населения приходится $73,2 \pm 6,7$ на 1000 больных, обоснованных, только – $46,5 \pm 5,4$ ($P < 0,01$).

Экспертная оценка качества работы линейных бригад СМП показало:

- тактические решения врачей линейных бригад СМП достоверно чаще являются обоснованными, чем нет ($p < 0,05$ – $p < 0,001$) по: решено оставить больного на месте, доставки в стационар, правильности применения способа транспортировки больных;
- частота необоснованных претензий к врачам СМП со стороны оперативного отдела ССНМП и населения выше, чем обоснованных ($p < 0,01$);
- основные производственные показатели бригад СМП примерно соответствуют общепринятым нормам, среднее количество вызовов на 1 бригаду составляет $15,6 \pm 0,06$, среднее количество времени затрачиваемого у "постели" больного – $33,6 \pm 0,08$ минут, на один вызов – $43,5 \pm 0,4$ минуты.

Качество работы врача СМП формируется рядом факторов:

- социально-гигиеническими, среди которых основными являются низкая материальная обеспеченность и неблагоприятный психологический климат в семье;
- медико-биологическими – состоянием здоровья врачей и членов их семей;
- формирующих становление врача СМП как специалиста – вынужденной занятостью в ССМП и трудностями во время учебы в ВУЗе;
- производственными, где основную долю влияния обуславливают трудности общего характера и его особенности поведения больных;
- клиническими, где наиболее выраженным является плохое владение необходимыми манипуляциями.

Таким образом, изучение удовлетворительности населения качеством оказываемой скорой медицинской помощи, отрицательного влияния социально-гигиенических, медико-биологических, производственных и других факторов на качество работы, экспертная оценка качества работы врачей СМП, регулярное его проведение, позволяет получить своевременную информацию о всех проблемах и недостатках допускаемых в процессе работы, оперативно решать и устранять их. Своевременное выявление и систематизация недостатков в процессе оказания скорой медицинской помощи, дает возможность прогнозировать, и снижать их путем составления и осуществления конкретных мероприятий.

ВЫВОДЫ

1. Мнение населения достаточно объективно отражает качество оказания скорой медицинской помощи. Работой службы СМП по одной или нескольким причинам недовольны 146,4 из 100 опрошенных, чаще женщины, чем мужчины (164,9 против 119,9; $P < 0,001$). Наиболее частыми причинами недовольства являются отсутствие медикаментов (44,3 на 100 опрошенных), грубость врачей (32,0), трудности с госпитализацией в стационар (19,1). Недовольство населения также вызывает долгое ожидание приезда бригады СМП, неряшливый вид членов бригады, невнимательность врачей, отсутствие эффекта от оказанной помощи.

2. В формировании неудовлетворенности населения качеством скорой медицинской помощи значительную роль играют медико-демографические и социально-гигиенические факторы. Достоверно чаще ($P < 0,001$) недовольство работой СМП проявляют: разведенные, вдовы, одинокие, чем состоящие в браке (272,9 против 104,6 на 100 опрошенных); имеющие доход выше прожиточного минимума, чем живущие за чертой бедности (272,9 и 93,4); проживающие в плохих жилищных условиях по сравнению с удовлетворительными (273,2 и 87,0). По отраслям народного хозяйства больше всего недовольны работой СМП пациенты, занятые в химии и нефтехимии (222,2), легкой промышленности (204,5), сфере обслуживания (487,8), значительно меньше - в здравоохранении (83,3) и частном бизнесе (80,0).

3. Качество и образ жизни врачей СМП характеризуют: крайне низкий уровень жизни (заметное ухудшение материального положения в последние годы, низкий подушевой доход, расход семейного бюджета лишь на питание); недовольство жилищными условиями и отсутствие их для творческой работы; неудовлетворительный (у 63,8% семей) психологический климат (основные причины конфликтов - финансы, организация домашних дел, воспитание детей); высокая распространенность вредных привычек (курят 33,6% мужчин, 30% женщин, в 15,3% семей мужья злоупотребляют алкоголем).

4. По мнению врачей СМП, на качество оказания скорой медицинской помощи наиболее значимое воздействие оказывают следующие комплексы факторов:

а) коммунально-хозяйственные - плохая работа транспорта (54,4% из 100 опрошенных), отсутствие или не функционирование лифтов (18,3%), разбитые дороги (11,5%), плохое освещение улиц (11,5%), отсутствие нумерации домов (4,4%);

б) лично-бытовые - низкая заработная плата (55%), плохое состояние здоровья (18,1%), плохие жилищные условия (12,4%), отсутствие жилья (11,1%), семейные неурядицы (4,1%);

в) медико-организационные - недостаток медикаментов (44,4%), вспомогательного оборудования (20,4%), грубость врачей приемных отделений стационаров (15%), трудности с госпитализацией больных (12,1%).

5. Выявлены следующие наиболее типичные дефекты в работе врачей при оказании скорой медицинской помощи: несоответствие диагноза объективным данным (21,3%), регистрация в медицинских документах диагноза в сокращенном виде (77,4%), постановка диагноза под вопросом (15,1%), повторные вызовы (12,7%), несовпадение диагнозов с первоначальными (7,5%). Качество работы врачей СМП экспертами оценено как «плохое»: по диагностике - в 5,1% случаев, по оказанию лечебной помощи - в 4,3%, по оставлению на

месте или доставке в стационар - в 7%.

6. Ведущими неблагоприятными факторами, снижающими качество работы врачей СМП, являются: в комплексе медико-биологических - плохое состояние здоровья врачей и членов их семей (79,6%); социально-гигиенических - низкая материальная обеспеченность и неблагоприятный психологический климат в семье (90%), формирующих становление врача СМП как специалиста (работа на СМП не по желанию и учеба в ВУЗе с трудностями 72,75%); производственных - трудности общего характера и особенности поведения больных (90%), клинических - сочетание плохого владения необходимыми манипуляциями с другими факторами (45%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При всех филиалах и центральных станциях СМП необходимо организовать постоянно действующую систему изучения мнения населения об удовлетворительности качеством оказания скорой медицинской помощи населению.

2. Создать на базах центральных станций СМП постоянно действующие экспертные комиссии для оценки качества деятельности каждого врача линейной бригады, филиалов и всей службы СМП.

3. Экспертную оценку деятельности врачей скорой медицинской помощи целесообразно проводить в соответствии с нашими рекомендациями, согласно этапов алгоритма оказания скорой медицинской помощи путем вычисления и оценки коэффициентов; качества заполнения сопроводительного листа (КЗСЛ), качества заполнения карты вызова (КЗКВ), обоснованности доставки больного (пострадавшего) в стационар (ОДБ), оперативно регистрируемых недостатков (ОРН) и основного - качества работы врача (КРВ). Данная работа должна проводиться постоянно, с ежемесячным, ежеквартальным и ежегодным подведением итогов и анализом динамики показателей.

4. Внедрить и применять в службе скорой медицинской помощи медико-экономическую экспертизу качества работы и использовать ее результаты для поощрения сотрудников не только в виде денежных выплат, но и в форме улучшения жилищно-бытовых условий, санаторно-курортной помощи и т.д.

5. Использовать возможности теоретического обоснования оценочного подхода, методики и компьютерной технологии оценки качества скорой медицинской помощи населению.

6. Предпринимать постоянно усилия по укреплению материально-технической и кадровой оснащенности службы скорой медицинской помощи, по устранению трудностей испытываемых бригадами СМП в процессе их трудовой деятельности общего характера, а именно по улучшению работы транспорта СМП, оснащения ее современным медицинским оборудованием, ремонту, освещению улиц, нумерации домов, неисправности лифтов, а также воспитанию населения на адекватное отношение к медицинским работникам службы скорой медицинской помощи.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Яруллин М.А., Родионов И.Ю., Ишметов Р.П., Опыт экспертной оценки качества работы врача скорой медицинской помощи // Казанский медицинский журнал. - 1996.-№5.-С.389-391.
2. Яруллин М.А. Основные критерии качества и эффективности медицинской деятельности в современных условиях // Материалы научно-практической конференции «Здоровье населения и реформирования системы здравоохранения», Казань.-1996.-С.209.
3. Валиуллина С.А., Яруллин М.А. Экспертная оценка качества работы детского стационара // Тезисы юбилейной конференции 50 лет кафедры госпитальной педиатрии «Актуальные проблемы педиатрии» - Казань -1996.-С.59-70.
4. Яруллин М.А. Медико-биологические и социально-гигиенические аспекты удовлетворенности населения качеством оказания скорой медицинской помощи. // Материалы Поволжско-Уральской научно-практической конференции «Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения», Том I -Казань -1999.-С.309.
5. Яруллин М.А. Алгоритм оценки качества работы врача станции скорой медицинской помощи // Материалы Поволжско-Уральской научно-практической конференции «Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения», Том II -Казань -2000.-С.289.
6. Ефремов Е.К., Яруллин М.А., Родионов И.Ю., Алексеева И.И. Комплексная система оценки работы врача скорой помощи // Методические рекомендации Казань.-1999.-С.25. Утвержденные 22.02.00. МЗ РТ

2-00

Лицензия № 0092 от 10.07.97 г.
выдана Министерством информации и печати РТ.
Подписано в печать 04.02.2000 г. Формат 60×84 1/16.
Бумага писчая. Усл. печ. л. 2,0
Тираж 100 экз. Заказ Т-39

Отдел оперативной полиграфии РМБИЦ МЗ РТ.
420059 Казань, ул. Хади Такташа, 125